

# Inégalités sociales et traitement ségrégatif de la difficulté scolaire : histoire ou actualité ?

Hervé BENOIT  
Agrégé de l'Université  
Directeur adjoint du Cnefei

**Résumé :** Le traitement ségrégatif de la difficulté scolaire s'inscrit dans l'histoire de la constitution du secteur de l'Éducation spéciale et de l'Adaptation et de l'intégration scolaires. Les classes de perfectionnement et les sections d'éducation spécialisée ont servi à la filiarisation dans des structures séparées d'élèves en difficulté scolaire et issus de milieux sociaux défavorisés et c'est à des corpus de savoirs psychologiques et médicaux extérieurs à elle que l'institution scolaire a recouru pour y orienter des élèves en difficulté dans leurs apprentissages. Force est de constater que l'idée que les causes de l'inadaptation sont inhérentes à l'enfant fait encore aujourd'hui l'objet d'un consensus implicite et qu'elle n'a été que très récemment et assez timidement remise en question. C'est pourquoi l'évolution actuelle de la conception du handicap et certains apports du domaine anglo-saxon, parmi lesquels les concepts d'*inclusion* et de *besoins éducatifs particuliers*, peuvent assurément contribuer à éclairer la problématique de la prévention des difficultés scolaires. Cette approche situationnelle de la difficulté scolaire constitue à coup sûr un excellent antidote contre des pratiques d'orientation et de ségrégation, profondément enracinées dans la postulation d'une étiologie déficitaire à toute difficulté d'apprentissage, et qui conduisent mécaniquement à la stigmatisation, voire à l'aggravation des inégalités sociales.

**Mots-clés :** CIF - CIH - Classe de perfectionnement - Déficience intellectuelle - Difficulté scolaire - Filiarisation - Handicap - Inadaptation - Inégalités sociales - Ségrégation - Stigmatisation.

La corrélation entre les inégalités sociales et les difficultés d'apprentissage, voire l'échec scolaire, est aujourd'hui communément admise, même si l'on insiste souvent à juste titre sur le fait qu'il serait erroné d'en conclure à une fatalité pour les individus. L'hypothèse d'un lien de cause à effet entre les unes et les autres, fondée sur des rapprochements statistiques, mérite d'ailleurs la plus grande prudence, compte tenu des modes de traitement ségrégatifs et/ou stigmatisants qui peuvent tout à fait contribuer à produire des situations handicapantes, et de là des problèmes scolaires. Mais tout se passe cependant comme si notre système scolaire, au cours de son histoire récente, avait déployé toutes sortes de stratégies pour éviter de se trouver confronté à la réalité de cette chaîne complexe de déterminations, dans laquelle il est engagé comme partie prenante, entre les milieux d'appartenance sociale des élèves et leurs résultats scolaires. Pour Marie-Claude Courteix, cette situation s'explique par « certaines tendances (...) particulièrement marquées en France : d'une part l'assimilation fréquente et abusive de la difficulté scolaire à une *déficience intellectuelle légère*, d'autre part, le poids très important

du médical dans l'approche des processus d'échec scolaire <sup>1</sup>... ». C'est en effet à des corpus de savoirs psychologiques et médicaux extérieurs à elle que l'institution scolaire a recouru pour traiter les élèves en difficulté dans leurs apprentissages, et d'autant plus souvent que la difficulté était plus grande.

## **ÉCHEC SCOLAIRE ET MODÈLE PSYCHO-MÉDICAL : L'INVENTION DE LA DÉBILITÉ LÉGÈRE**

La réalité de la difficulté d'apprendre et de réussir à l'école de la République remonte aux débuts de l'école publique, comme l'atteste la sentence bien connue prêtée aux instituteurs d'une France encore essentiellement rurale : *l'agriculture manque de bras*. Une telle formule ne peut se comprendre aujourd'hui que par référence au contexte socio-économique d'une France agricole, encore structurée autour de la communauté villageoise, où l'insuccès scolaire était bien loin de constituer la condition *sine qua non* de l'insertion sociale et professionnelle d'un individu, qui reposait par ailleurs sur bien d'autres paramètres. C'est au milieu des années soixante-dix que *l'échec scolaire* se construit comme un phénomène social, trouve une place récurrente dans le discours médiatique et devient une préoccupation majeure des politiques <sup>2</sup>. Selon Antoine Prost, l'émergence de ce phénomène nouveau s'explique par la massification du système éducatif, qui se développe à partir des années soixante et qui provoque l'accroissement très important du nombre des élèves incapables aussi bien d'adhérer aux normes en vigueur à l'école que de produire les performances attendues par leurs maîtres. Mais il faut ajouter que l'évolution de la société, la dégradation de l'économie à l'époque des premiers *chocs pétroliers* et les exigences nouvelles du marché de l'emploi contribuent à dramatiser fortement l'échec scolaire, dans la mesure où la réussite à l'école conditionne à la fois la possibilité et la qualité de l'insertion socioprofessionnelle.

Dans un contexte de recherche d'ascension sociale, l'école est ainsi amenée à jouer un rôle prépondérant dans l'avenir professionnel et la vie personnelle de chaque élève. Cette nouvelle vocation du système éducatif va l'entraîner à la fois dans la voie de la sélection des élèves les plus performants et dans celle de la marginalisation des plus faibles et des plus vulnérables. Et c'est précisément à ce moment qu'apparaît la notion de *débilité légère*, qui va fonctionner comme « *le masque psychologique d'une réalité sociologique : la résistance ou la non-adhésion aux normes culturelles de l'école* » <sup>3</sup>. On peut dire que l'institution scolaire, qui produit alors une forme de déviance par rapport à la norme qu'elle a elle-même forgée et imposée, va s'appuyer sur des corpus de savoirs construits sur des fondements théoriques complètement étrangers à cette norme pour justifier la mise à l'écart dans des classes de perfectionnement d'un certain nombre d'enfants issus de milieux populaires.

On voit quel rôle a pu jouer à l'époque le modèle psycho-médical d'interprétation de la difficulté scolaire dans le traitement des élèves en échec scolaire. Des psy-

---

1. *La nouvelle revue de l'AIS*, n° 27, 3<sup>e</sup> trimestre 2004, Actes du colloque d'Avignon, « La scolarisation des élèves en situation de handicap : l'exemple français », p. 179.

2. Le thème de l'échec scolaire est celui du premier numéro du *Monde de l'éducation*, en décembre 1974.

3. Jacqueline Gateaux-Mennecier, *La débilité légère, une construction idéologique*, CNRS, 1990.

chologues, comme René Zazzo, vont apporter une caution scientifique à ce concept et légitimer par voie de conséquence l'augmentation spectaculaire du nombre des classes de perfectionnement: après un développement très lent jusqu'en 1945, on en compte 1145 en 1951, 4020 en 1963, et l'on en ouvre régulièrement jusqu'en 1976, date à laquelle elles accueillent 4,6 % du total des élèves français entre le CP et le CM2 <sup>4</sup>.

Initialement, cette structure avait été créée en 1909 <sup>5</sup> pour accueillir à l'école des enfants *arriérés*, désignés aussi par Alfred Binet sous le nom *d'anormaux d'école*, par opposition aux *anormaux d'asile* qu'il ne pensait pas éducatibles. Il s'agissait donc à l'époque d'une initiative humaniste et très novatrice, proche de l'esprit de ce que l'on appellera beaucoup plus tard *l'intégration scolaire*, puisqu'elle consistait à ouvrir l'école à des enfants qui en étaient exclus et ne bénéficiaient auparavant d'aucun enseignement. Mais c'est un tout autre public qui y sera accueilli en grand nombre dans les années soixante et soixante-dix: le système éducatif s'était en effet saisi de cette structure, destinée à l'origine à des enfants handicapés, comme soupape de sécurité pour le traitement d'élèves déjà présents à l'école et le plus souvent issus de milieux populaires, dont on attribuait l'échec scolaire à une déficience mentale: la *débilité légère*.

À la suite des classes de perfectionnement, les élèves étaient orientés dans les Sections d'éducation spécialisée (SES) des collèges qui constituaient ainsi le prolongement d'une véritable filière ségrégative pour des élèves très majoritairement issus des milieux sociaux les plus défavorisés et considérés officiellement par les commissions de l'Éducation spéciale (CCPE et CCSD <sup>6</sup>) comme des enfants *débiles légers*. On ne sera pas surpris que les ambitions scolaires affichées par le système pour ces enfants aient été jusqu'en 1989 considérablement en retrait par rapport aux programmes officiels valables pour tous au collège. Il fut même un temps où il était interdit de les préparer au CAP, au point que certains enseignants dynamiques en étaient réduits à les présenter clandestinement en candidats libres.

Si l'on considère que « *la situation de handicap n'est pas seulement liée aux atteintes, maladies ou déficiences, dont sont porteurs certains élèves* » et qu'« *à l'inverse, les lacunes d'un parcours scolaire peuvent générer des incapacités, qui, sans lien avec une atteinte ou une déficience, créent, pour le futur adulte, les conditions d'un désavantage social durable, du fait d'apprentissages mal ou insuffisamment maîtrisés* <sup>7</sup> », alors force est d'admettre que la situation de mise à l'écart, voire de relégation comme cela a parfois été dit, dans laquelle ont été placés pendant des années les élèves de perfectionnement et de SES, était productrice de handicap plus qu'elle n'était la conséquence d'une déficience réelle. On retrouve là une confirmation

4. Catherine Sceaux, *Les classes de perfectionnement depuis 1945. Genèse, enjeux idéologiques, évolution des institutions, responsabilités des acteurs* (sciences de l'éducation), thèse dirigée par Éric Plaisance et soutenue à l'université de Paris 5, 2000.

5. Loi du 15 avril 1909 (non abrogée).

6. Commission de circonscription pour l'enseignement préélémentaire et élémentaire; commission de circonscription pour le second degré: toutes deux émanation de la CDES, commission départementale de l'éducation spéciale, créée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.

7. Circulaire 2002-111 du 30 avril 2002.

de l'hypothèse formulée par Pierre Mormiche et Vincent Boissonnat selon laquelle il existe des « *mécanismes de production des inégalités en termes de handicap* » qui permettent d'affirmer que « *le social s'immisce dans le biologique* »<sup>8</sup>.

## LES APPORTS DE LA CIH DANS L'APPROCHE DE LA « DÉFICIENCE INTELLECTUELLE LÉGÈRE »

Il convient de bien garder à l'esprit le caractère évolutif des désignations de l'écart à la norme d'efficacité intellectuelle et scolaire: l'abandon des catégories de l'*idiotie* et de l'*arriération*, associées à des *infirmités incurables*, contemporaines de la promulgation la loi de 1909, qui figeaient l'état de déficience mentale dans l'irréversibilité et qui sont à l'origine des conceptions fixistes du handicap, constitue une illustration de ce phénomène.

Beaucoup plus récemment, en 1980, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a procédé, avec l'adoption de la Classification internationale du handicap (CIH) à un remaniement significatif des frontières traditionnelles de la déficience intellectuelle ainsi que de la description des difficultés cognitives. Dans le cadre des *déficiences de l'intelligence*, la dénomination du *retard mental* a remplacé celle de la *déficience intellectuelle*; l'échelle des *insuffisances* en référence au QI subsiste, mais les limites correspondant aux différents degrés de ce retard (profond, sévère, modéré ou léger) ont été rééchelonnées à partir d'une nouvelle approche de ce que l'on nommait *débilité légère*.

Tableau 1

COTATION ANCIENNE		COTATION DE L'OMS	
Débilité légère	65 - 80 / 90	Restriction sociogène de l'efficacité intellectuelle	70 - 100
Débilité moyenne	50 - 64	Retard mental léger	50 - 70
Débilité profonde	30 - 49	Retard mental modéré	35 - 49
Arriération profonde	... - 30	Retard mental sévère	20 - 34
		Retard mental profond	... - 20

S'agissant du retard mental léger, on observe que les seuils de QI sont passés de 65 et 80, voire 90, à 50 et 70. Cette nouvelle nomenclature a été officiellement adoptée en 1988 et mise en application à partir de 1989 par l'arrêté du 9 janvier. Les critères antérieurs de pathologisation (rappelés dans le tableau 2) et, par conséquent, d'orientation se trouvaient remis en question: apparaît la notion nouvelle de *restriction sociogène de l'efficacité intellectuelle*, qui se manifeste à travers de *graves difficultés scolaires liées à des problèmes sociaux*. Pour parvenir à ce nouvel étalonnage, l'OMS s'est appuyé sur le fait que les déficiences liées à des altérations organiques ou génétiques se distribuent équitablement sur les différentes catégories socioprofessionnelles. Or, les populations dont le QI se trouve entre 70 et 100 se

8. Article publié dans ce dossier.

caractérisent par une très forte surreprésentation d'individus issus des milieux socialement défavorisés. Dans ces conditions, le facteur de détermination sociale est clairement mis en évidence et l'on ne peut pas parler de *retard mental*.

**Tableau 2. Critères d'orientation antérieurs à 1989.**

QI	50 - 75	Classe de perfectionnement
QI	65 - 80	SES Section d'éducation spécialisée

Ainsi l'ensemble des élèves dont le QI est compris entre 70 et 80-90, qui étaient auparavant étiquetés *débiles légers* et orientés vers des filières spéciales, ne sont plus depuis 1989 considérés comme déficients. On voit que la notion de normalité comporte une dimension de construction historique et sociale.

C'est par une circulaire du 6 février 1989, c'est-à-dire à peine un mois après l'arrêté adoptant *la nouvelle nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages*, que les élèves des Sections d'éducation spécialisée (SES) sortent de la catégorie de la déficience intellectuelle légère pour devenir des élèves en *difficulté scolaire grave* et persistante accueillis en Segpa<sup>9</sup>. Deux ans plus tard, la circulaire du 18 novembre 1991 supprimera une première fois<sup>10</sup> les classes de perfectionnement et créera une nouvelle structure, la Classe d'intégration scolaire (Clis 1<sup>11</sup>), dont les élèves devaient être effectivement recrutés sur la base d'un retard mental avéré, tel que défini par la nouvelle nomenclature : on revenait en quelque sorte à l'esprit initié par Bourneville au début du XX<sup>e</sup> siècle. Il s'agissait en effet de faire place, dans une classe à part certes, mais au sein de l'école ordinaire et avec des objectifs d'intégration, à des enfants antérieurement accueillis dans les établissements du secteur médico-éducatif, et notamment en IME<sup>12</sup>.

On aurait pu penser qu'une telle réforme allait briser le cycle de la filiarisation dans des structures séparées d'élèves en difficulté scolaire et issus de milieux sociaux défavorisés. En fait, dans nombre de départements, on s'est contenté dans les années quatre-vingt-dix de changer la dénomination de la classe sans modifier en profondeur le mode de recrutement. Parfois, on s'est appuyé sur une possibilité, laissée ouverte par la circulaire dans ses annexes, pour distinguer les Clis D, accueillant des élèves avec retard mental, et les Clis E<sup>13</sup>, dont le recrutement n'était guère différent de celui des anciennes classes de perfectionnement. Si l'on observe aujourd'hui la répartition des Clis dans les tissus urbains, on constate encore une très nette concentration de ces classes dans les quartiers populaires, notamment dans les zones d'éducation prioritaires, tandis qu'elles sont peu nombreuses en

9. Section d'enseignement général et professionnel adapté.

10. Ces classes ont fait à nouveau l'objet d'une suppression dans la circulaire 2002-113 du 30 avril 2002.

11. D'autres Clis, appelées Clis 2, Clis 3 et Clis 4, sont créées par la même circulaire pour la scolarisation d'élèves présentant des déficiences sensorielles et motrices.

12. Instituts médico-éducatif.

13. La lettre D correspond à la spécialité de l'enseignant à qui la classe est confiée. D : troubles importants à dominante psychologique ; E : aide pédagogique aux élèves en difficulté scolaire.

centre ville. On peut faire l'hypothèse que les secondes répondent bien à leur vocation de scolarisation d'élèves *présentant des troubles importants des fonctions cognitives*<sup>14</sup> – la première classe accueillant des enfants avec trisomie a été implantée dans une école de l'Île Saint-Louis à Paris (4<sup>e</sup>) dans les années soixante – alors que les premières correspondent au contraire pour partie d'entre elles aux pratiques de relégation sociale antérieures.

Si l'on prend l'exemple de Paris, il apparaît que les arrondissements où l'on ne compte aucune Clis 1 sont les 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, que ceux où l'on n'en compte qu'une sont les 5<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> et 16<sup>e</sup>. En revanche, les arrondissements où l'on en compte 3 ou plus sont les 11<sup>e</sup>, 13<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup>. D'un côté, le centre et l'ouest où se situent les quartiers les plus aisés ; de l'autre le nord et l'est, où se trouvent les zones plus populaires<sup>15</sup>. Malgré le travail important effectué par les responsables académiques depuis le début des années quatre-vingt-dix, il est clair que l'héritage du traitement socialement ségrégatif de la difficulté scolaire n'est pas encore liquidé.

Le processus de filiarisation des jeunes issus des milieux les plus défavorisés est encore plus net pour les élèves scolarisés dans les Segpa des collèges. Les inégalités sociales apparaissent de manière criante lorsqu'on compare les populations d'élèves de Segpa à celles des classes ordinaires de collège. L'article d'André Philip et ceux d'André Le Fur et Michel Toumoulin, publiés dans ce dossier, en apportent la confirmation. De même, une carte des Segpa ferait apparaître que les collèges où elles sont implantées sont très majoritairement situés dans les quartiers déshérités<sup>16</sup>.

## LA PRÉÉMINENCE DU MODÈLE MÉDICAL COMME OUTIL D'ANALYSE DE LA DIFFICULTÉ SCOLAIRE

L'approche psychopathologique de l'échec scolaire, qui a été évoquée plus haut, est une illustration de la caution médicale apportée en son temps à des pratiques de marginalisation scolaire. Qu'il s'agisse de la difficulté scolaire ou de handicaps plus lourds, liés à une déficience sensori-motrice ou mentale avérée<sup>17</sup>, c'est bien la logique d'une approche de type nosographique qui prévaut dans les faits et dans les pratiques, à partir du cloisonnement par type de déficience des établissements médico-éducatifs organisés par les décrets de 1988 et 1989 rénovant les *Annexes XXIV* au décret de 1956<sup>18</sup>.

C'est cette même approche que l'on retrouve aujourd'hui dans le champ de la dyslexie et plus généralement dans celui des Troubles spécifiques du langage oral et écrit (TSL). La circulaire du 31 janvier 2002<sup>19</sup> commence en effet par reconnaître l'existence d'une

---

14. Terminologie actuellement en vigueur.

15. Source : académie de Paris.

16. À titre d'exemple, en Seine-et-Marne, Provins (quartier Chambenoist) ou Montereau (Surville).

17. La réglementation française distingue les enfants *en difficultés* relevant de mesures d'adaptation (Rased, Segpa) de ceux dont la déficience justifie la mise en place d'un projet d'intégration scolaire (en classe ordinaire, Clis ou UPI).

18. Décret n° 56-284 du 9 mars 1956 *complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux*.

19. Circulaire n° 2002-024, portant *Mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble du langage oral ou écrit*.

déficience liée à un dysfonctionnement primaire du système neurologique central <sup>20</sup> (c'est-à-dire d'origine congénitale, et donc sans aucun lien ni avec l'environnement social et scolaire, ni avec une déficience mentale, sensorielle ou motrice, ni avec des perturbations acquises avant ou peu après la naissance ou des traumatismes postérieurs) avant d'aborder la question des parcours scolaires et des modalités de prise en charge. On se situe clairement dans une perspective où la réponse aux besoins éducatifs particuliers est subordonnée à la pose d'un diagnostic: *La qualité du repérage, du dépistage et du diagnostic (...) constitue une étape essentielle et déterminante pour définir les meilleures conditions d'une prise en charge individualisée.*

Il ne s'agit pas ici de juger de la possibilité ou de la pertinence de diagnostics médicaux différentiels dans le domaine de la difficulté scolaire, mais simplement de resituer les rôles respectifs des deux approches psychopédagogique (à dominante situationnelle) et psychopathologique (à dominante nosographique). Selon que l'on adopte l'une ou l'autre perspective, la conception de la prévention s'infléchit en effet dans un sens ou dans un autre. Ainsi dans le premier cas sera-t-on conduit à considérer les difficultés d'apprentissage et les troubles cognitifs repérés (ou diagnostiqués) chez les élèves comme les conséquences de l'échec scolaire, tandis que dans l'autre on y verra plutôt les causes. Le choix entre ces deux options est déterminant pour les pratiques: si l'on considère que le trouble, la déficience ou le dysfonctionnement sont *primaires*, on s'orientera inévitablement vers des actions *réparatrices* <sup>21</sup> de la déficience – réelle ou supposée – attribuée à l'élève, vers des réponses conçues en termes de *remédiation* mises en œuvre dans un environnement médicalisé et spécialisé; si, au contraire, on refuse de postuler systématiquement un trouble ou une déficience pour expliquer une difficulté, c'est-à-dire un obstacle, alors on choisira plutôt d'aménager et d'adapter, si possible de manière préventive, l'environnement scolaire et pédagogique ordinaire. Ce faisant, on sera amené à rechercher les moyens pédagogiques de réduire les inégalités scolaires, tandis que, dans l'autre perspective, on prend le risque de médicaliser des inégalités sociales et de les aggraver par des pratiques ségrégatives.

## DES FONDAMENTAUX DU MODÈLE BIOMÉDICAL AU MODÈLE SOCIAL

Depuis la mise en chantier par l'OMS <sup>22</sup>, dans le courant des années 1990, de la révision de la Classification internationale des handicaps <sup>23</sup> (CIH), qui a abouti à l'adoption, en mai 2001, de la CIF <sup>24</sup>, l'omniprésence du modèle biomédical dans la conception même du handicap et dans les représentations induites a été fortement discutée.

Le modèle biomédical repose sur trois axes méthodologiques: la référence à la causalité, la centration sur l'individu et la recherche de l'étiologie. Or la principale

20. Le National Joint Comitee On Learning Disabilities définit la dyslexie comme *un trouble intrinsèque à l'individu et présumé secondaire à un dysfonctionnement du système nerveux central*, « Learning disabilities: issues of definition », *Journal of Learning Disabilities*, n° 20, 1987, p. 107-108.

21. Cf. Henri-Jacques Stiker, *Corps infirmes et société*, Dunod, Paris, 1997.

22. Organisation mondiale de la santé.

23. La CIH a été adoptée en France par l'arrêté du 4 mai 1988 (ministère de la Santé), repris en termes identiques par le ministère de l'Éducation nationale le 9 janvier 1989.

24. CIF: *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, adoptée par 54<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, le 22 mai 2001 (résolution WHA54.21).

critique adressée à ce modèle, dans le champ du handicap, est de reposer sur une causalité fautive. Il consiste en effet à attribuer à la personne affectée par une déficience des difficultés qui ne proviennent pas seulement de cette déficience, mais qui procèdent au contraire partiellement, voire totalement, d'un environnement défavorable. Il entraîne également à postuler de façon quasi systématique, en cas de difficulté scolaire, l'existence d'une déficience, ce qui oriente le regard vers l'action sur l'élève plutôt que vers l'ajustement des données environnementales. Face à cette perspective médicale, la nouvelle classification, la CIF, propose un autre modèle de pensée, fondé sur l'analyse systémique de tous les paramètres constitutifs de la situation dans laquelle une personne rencontre des obstacles ou des difficultés. Il s'agit alors de se centrer sur *la situation de difficulté (ou de handicap) où se trouvent les personnes* et non plus sur *le handicap* ou *la difficulté* de ces personnes. L'une des conséquences de cette conception est assurément la prise de conscience que l'environnement scolaire fait partie du problème, qu'il est un élément (en positif mais aussi en négatif) de la situation de difficulté, et que celle-ci ne peut être rapportée aux seules répercussions d'une déficience, qu'elle soit avérée ou supposée.

Cette approche situationnelle conduit à la notion d'accessibilité. Si la personne en situation de difficulté ou de handicap est considérée, non plus seulement en tant qu'individu déficitaire, mais à travers les relations que le contexte social lui permet ou ne lui permet pas de nouer avec son environnement, cela implique qu'en matière d'activité et de participation sociales, sa responsabilité sera désormais partagée. Cette évolution du cadre de pensée conduit ainsi à ce que l'on pourrait appeler, en empruntant au langage juridique, un renversement (ou du moins un partage) de la charge de la preuve. On passe en effet d'une logique de la mise à l'épreuve de la personne à une logique de l'accessibilité de l'environnement. La notion de besoin qui en résulte est donc bien plus large que celle de réadaptation ou de rééducation : à l'analyse, ces deux notions se révèlent en effet centrées sur la personne elle-même, que l'on va aider à acquérir les compétences qui lui permettront de s'intégrer dans la société. À la suite de quoi, ses capacités seront mises à l'épreuve des exigences de l'environnement social et c'est du résultat de cette confrontation que dépendront les conditions d'accueil : à l'école, pour un enfant ou un adolescent ; dans le monde du travail, pour un adulte. Il y a dans cette logique de mise à l'épreuve un chaînon manquant : à quel moment demande-t-on à l'environnement scolaire ou social (ou du moins à ses acteurs et à ses responsables) de faire la preuve que tout a été mis en œuvre pour créer des réponses adaptatives destinées à réduire la situation de difficulté ou de handicap, et non plus seulement à réduire ou à réadapter la personne ? À quel moment s'interroge-t-on sur les conditions d'accessibilité de l'environnement ? C'est à ces questions qu'a voulu répondre le législateur par la loi du 11 février 2005 sur *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, dans laquelle le handicap est abordé comme « non pas comme une déficience qui sépare et (...) qui exclut, mais comme des obstacles rencontrés dans (...) la participation à la vie sociale »<sup>25</sup>.

---

25. Discours de Jacques Chirac, président de la République, sur la politique en faveur des personnes handicapées, Palais de l'Élysée, mardi 8 février 2005, <http://www.elysee.fr>



## PRÉVENTION ET MÉDIATIONS ENVIRONNEMENTALES

Force est de constater que l'idée que les causes de l'inadaptation sont inhérentes à l'enfant fait encore aujourd'hui l'objet d'un consensus implicite et qu'elle n'a été que très récemment et assez timidement remise en question. Le changement radical d'orientation face à l'exclusion et à la ségrégation scolaires, dont les principes ont été inscrits dans la loi en 1975<sup>26</sup> et en 1989<sup>27</sup>, n'a pas en effet entraîné automatiquement l'abandon de la conception de Binet<sup>28</sup>, selon laquelle les causes de l'échec scolaire de l'élève doivent être essentiellement recherchées du côté de dysfonctionnements psychiques intrinsèques, d'origine personnelle ou familiale.

C'est pourquoi l'évolution actuelle de la conception du handicap et certains apports du domaine anglo-saxon, parmi lesquels les concepts d'*inclusion* et de *besoins éducatifs particuliers*, peuvent assurément contribuer à éclairer la problématique de la prévention des difficultés scolaires. Si l'on admet que le handicap, plus que la conséquence inéluctable d'un problème de santé affectant la personne, est avant tout la résultante des interactions entre des caractéristiques personnelles et les exigences de l'environnement, on peut alors le définir comme une véritable construction sociale : *la situation de handicap*. Il ne s'agit pas là d'un euphémisme ou d'une complaisance démagogique, mais bien d'un recentrage du regard sur les données objectives de la situation concrète de vie ou d'apprentissage, en tant qu'elles *fabriquent* le handicap. Adoptons maintenant l'angle de vue anglo-saxon de l'*inclusion*, qui, à la différence de l'intégration, englobe tous les élèves, et pas seulement les élèves handicapés, et transposons cette analyse dans le champ de la difficulté scolaire : les élèves que nous disons en difficulté scolaire ne seraient-ils pas *en situation de difficulté*? Ce qui signifie alors que l'on s'occupera moins de dépister des anomalies ou des dysfonctionnements chez l'enfant en situation de difficulté que d'identifier et de caractériser les difficultés cognitives et psychologiques produites par la nature même de la situation scolaire, dont les exigences et les codes, implicites autant qu'implicites, qui lui sont inhérents, les méthodes et les démarches qui lui sont propres peuvent constituer autant d'*obstacles*<sup>29</sup> pour l'élève. Au même titre que l'on parle d'accessibilité sociale et culturelle pour les personnes handicapées, il semble que la notion d'*accessibilité pédagogique pour tous* pourrait être une clé utile pour appréhender les enjeux d'une politique de prévention.

À côté de la prévention dépistage qui se centre sur la personne, sa santé, ses manques éventuels, ses problèmes fonctionnels sur le plan psychologique ou

26. Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées n° 75-534 du 30 juin 1975, actuellement en révision.

27. Loi d'orientation sur l'éducation n° 89-486 du 10 juillet 1989.

28. Le psychologue et physiologiste Alfred Binet est l'inventeur des *enfants anormaux*, dont il affirmait qu'ils ressemblaient si peu à des enfants *normaux*, qu'il serait aussi *déraisonnable* de leur prodiguer un enseignement ordinaire *que de faire de l'enseignement auditif aux sourds et de l'enseignement visuel aux aveugles*, (Binet A., Simon T. (1907), *Les enfants anormaux*, Toulouse, Privat, 1978, p. 20 et 22.) Sur ces formes de pensée, le modèle de psychologie génétique élaboré de 1923 à 1950 par Jean Piaget, de même que les recherches de Henri Wallon, qui mit particulièrement l'accent sur l'interdépendance de facteurs biologiques (maturation du système nerveux) et sociaux dans le développement psychique, eurent finalement peu d'influence.

29. L'une des innovations de la CIF est l'identification de facteurs environnementaux : les *obstacles* et les *facilitateurs*.

physiologique et relève d'un diagnostic médical, il est donc une autre forme de prévention, destinée à promouvoir de l'accessibilité pédagogique pour tous, au sens où les auteurs anglais, comme Mel Ainscow<sup>30</sup>, parlent d'*inclusion scolaire*. Cette deuxième forme de prévention interroge le système éducatif sur sa capacité à proposer le meilleur contexte possible pour des apprentissages fondés sur le principe de l'échange, l'objectif de l'émergence de la personne et la pratique de l'émulation. Elle l'interroge sur sa capacité à prendre conscience du rôle déterminant du type de scénario interactif qui engagera l'enfant et l'école dans une aventure commune, elle élève enfin considérablement la responsabilité de l'institution scolaire. Produire ce meilleur contexte possible suppose de connaître les enjeux réels de la confrontation de l'enfant à la situation scolaire, afin de mettre en place les médiations environnementales capables de répondre aux risques de *vulnérabilité*<sup>31</sup> couru par chacun.

## **EN CONCLUSION : DES BESOINS ÉDUCATIFS AUX CHANCES DE RÉUSSITE...**

Tisser les liens entre les enfants et le savoir acquis par la communauté des hommes impose de démêler l'écheveau des codes (parfois implicites) et des pratiques (parfois sélectives) en vigueur à l'école. Ces codes et ces pratiques peuvent se constituer en obstacles pour un élève en situation d'apprentissage : il en résulte un besoin d'aide, c'est-à-dire un besoin éducatif particulier, dont la définition repose essentiellement sur une analyse des interactions relationnelles dans le contexte scolaire et auquel il s'agit de répondre dans la perspective la plus ouverte possible, en partant du principe l'environnement n'est pas immuable et sans hésiter à adapter autant que possible la norme scolaire. La prise en compte du besoin, parce qu'elle s'inscrit dans un cadre contextuel ou relationnel et qu'elle n'engage pas de caractérisation constitutionnelle de la personne (par exemple de type nosographique), évite tout risque de stigmatisation et préserve l'intégrité des chances de réussite ; elle permet de considérer que l'avenir n'est jamais écrit, qu'il existe pour tout enfant un droit imprescriptible de s'évader de tout déterminisme social, biologique ou catégorie nosographique où la psychopathologie l'aurait malencontreusement enfermé, et sans doute pour tout enseignant le devoir de contribuer à la réussite de cette évasion. Cette approche situationnelle de la difficulté scolaire constitue à coup sûr un excellent antidote contre des pratiques d'orientation et de ségrégation, profondément enracinées dans la postulation d'une étiologie déficitaire à toute difficulté, et qui conduisent mécaniquement à la stigmatisation, voire à l'aggravation des inégalités sociales.



---

30. Mel Ainscow, « L'éducation des enfants à besoins éducatifs particuliers en Angleterre », *La nouvelle revue de l'AIS*, n° 22, Éditions du Cnefei, Suresnes, 2<sup>e</sup> trimestre 2003.

31. C. Malandain, « L'écolier vulnérable », *La nouvelle revue de l'AIS*, n° 8, Éditions du Cnefei, Suresnes, 4<sup>e</sup> trimestre 1999.